**Федеральное агентство по здравоохранению**

**и социальному развитию**

**ГОУ ВПО**

**Алтайский государственный медицинский университет Росздрава**

**Кафедра урологии и нефрологии**

Заведующий кафедрой:

профессор, д.м.н. Неймарк А.И.

Преподаватель: ассистент к.м.н.

Алиев Роман Тосикович.

Куратор: Ткаченко Е. В. 413 гр.

# История болезни

**Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 72 года

**Диагноз направившего учреждения:** МКБ, хр. пиелонефрит единственной левой почки.

**Диагноз при поступлении:** хронический пиелонефрит латентное течение "ХПН III-IV"

**Барнаул 2008г.**

**Паспортные данные**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 72 года

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: инвалид II группы

Дата поступления в больницу: 16.06.08 10-00

Время курации: 27. 06 .08

Гр. крови: III, Rh “+“

Клинический диагноз: Хронический пиелонефрит единственной левой почки латентное течение "ХПН III-IV"

**Жалобы**

На момент осмотра жалобы на слабость, головокружение, незначительные периодические боли в левой поясничной области.

# Anamnesis morbi

Считает себя больной с 1989 года, когда удалили правую почку по поводу м к б. После этого через 18 лет диагностирован хронический пиелонефрит единственной левой почки. Ежегодно лечится в стационаре, принимает кетотеррол. Страдает длительное время гипертонической болезнью. Направлена на курс стероидного лечения. Госпитализирована в урологическое отделение в плановом порядке.

На момент поступления предъявляла жалобы на слабость, сухость во рту, подташнивание, сухость кожи, запоры, слабый аппетит, периодическую боль в левой поясничной области. Был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит единственной левой почки латентное течение, хроническая почечная недостаточность 3-4.

**Anamnesis vitae**

Родилась 09 января 1936 года. Была третьим ребёнком в семье. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Получила неполное среднее образование. В 1952 году поступила в техникум. Затем всю жизнь проработала радистом. Наследственный анамнез не отягощен. В 1985 году удалена матка с придатками, 1989 год – нефрэктомия правой почки. Травмы - перелом левой кисти в 2007г.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные верхних дыхательных путей. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: данных на пищевую и медикаментозную аллергию не выявлено. Гемотрансфузий не проводилось.

# Status praesens communis

***Общий осмотр:*** Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение больного активное, телосложение больного пропорциональное, конституция нормостеническая, походка тяжелая, осанка прямая, рост 165 см, вес 83 кг, температура тела нормальная (36,6о С).

***Исследование отдельных частей тела:***

**Кожные покровы**

* Цвет бледный, без депигментаций;
* Эластичность кожи снижена;
* Истончение кожи или уплотнения не обнаруживаются, кератодермия отсутствует;
* Влажность кожи умеренная;
* Сыпи не выявлено.

**Ногти**

* Форма округлая;
* Ломкость и поперечная исчерченность не наблюдается.

**Подкожная клетчатка**

* Развитие подкожно-жирового слоя чрезмерное (толщина складки в подключичной области 3,5 см);
* Место наибольшего отложения жира на животе;
* Отеков нет.

**Лимфатические узлы**

* Пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы справа и слева, размерами с просяное зерно, округлой формы, эластической консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и окружающей клетчаткой; изъязвлений и свищей нет;

Затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются.

**Подкожные вены**

* Малозаметны. Тромбов и тромбофлебита не выявлено.

**Голова**

* Форма овальная. Окружность головы 57 см;
* Положение головы прямое;
* Дрожание и качание (симптом Мюссе) отрицательный.

**Шея**

* Искривление – не искривлена;
* Пальпация щитовидной железы – не увеличена, равномерной пластичной консистенции, безболезненная.

**Лицо**

* Выражение лица спокойное;
* Глазная щель умеренно расширенная;
* Веки бледного цвета, не отечные; дрожание, ксантелазмы, ячмени, дерматомиозиновые очки отсутствуют;
* Глазное яблоко: западения и выпячивания нет;
* Конъюнктива бледно-розового цвета, влажная, без подконъюнктивальных кровоизлияний;
* Склеры бледные с голубоватым оттенком;
* Форма зрачков круглая, реакция на свет содружественная;
* Симптомы: Греффе, Штельвага, Мебиуса отрицательные;
* Нос курносый; изъязвлений кончиков носа нет, крылья носа в акте дыхания не участвуют;
* Губы: углы рта симметричны, расщелин губ нет, рот приоткрыт, цвет губ цианотичный; высыпаний, трещин нет, губы влажные;
* Полость рта: запаха изо рта нет; наличие афт, пигментаций, пятен Бельского-Филатова-Коплика, кровоизлияний, телеангиоэктаз на слизистой полости рта нет, цвет слизистой твердого неба бледно-розовый;
* Десны: гиперемированы, рыхлые, при дотрагивании кровоточат, каймы нет;
* Зубы вставные, обилие твердых зубных отложений на нижних резцах с оральной поверхности

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| о | к | л | к |  | к | л | л | л | л | к |  | к | л | к | о |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| п |  | к | п | п |  |  |  |  |  |  |  |  | п | п | о |

К – коронка; Л – литой зуб; П – пломба; О – отсутствует

* Язык: больная высовывает язык свободно, дрожания языка нет, цвет языка бледно-розовый, с опечатками зубов, частично обложен белым налетом, трещин и язвочек нет;
* Миндалины правильной формы, не выступают из-за дужек, бледно-розового цвета; налета, гнойных пробок, язвочек нет.

***Исследование опорно-двигательного аппарата:***

**Осмотр**

* Припухлости, деформации и дефигурации суставов нет;
* Окраска кожи над суставами не изменена;
* Мышцы развиты соответственно возрасту; атрофии, гипертрофии мышц нет;
* Деформации суставов и искривления костей нет.

**Поверхностная пальпация**

* Кожная температура над поверхность сустава не изменена;
* Объем активных и пассивных движений во всех плоскостях сохранен;
* Суставные шумы отсутствуют.

**Глубокая пальпация**

* Наличие выпота в полости сустава и уплотнение синовиальной оболочки при бимануальной не выявлено;
* Наличий «суставных мышей» не выявлено;
* Двупальцевая бимануальная пальпация безболезненная;
* Симптом флюктуации отрицательный; симптом переднего и заднего «выдвижного ящика», симптом Кушелевского отрицательные;
* Мышечный тонус без патологических изменений.

**Перкуссия**

* При поколачивании костей болезненности нет.

***Исследование органов дыхания:***

**Осмотр грудой клетки**

Форма грудной клетки не изменена, без искривлений, симметричная, экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная, тип дыхания смешанный, ЧДД 18, ритм дыхания правильный, затруднения носового дыхания нет;

* Экскурсия грудной клетки 5 см

**Пальпация грудной клетки**

* Грудная клетка резистентна, безболезненна при пальпации;
* Голосовое дрожание в норме,
* Ощущения трения плевры при пальпации нет.

**Сравнительная перкуссия легких**

* При сравнительной перкуссии легких ясный перкуторный звук в 9 парных точках.

**Топографическая перкуссия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы | Правое легкое, см | Левое легкое, см |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренига | 5 | 5 |

Нижние границы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | 5 м/р | - |
| Среднеключичная | 6 | - |
| Переднеаксиальная | 7 | 7 |
| Среднеаксиальная | 8 | 8 |
| Заднеаксиальная | 9 | 9 |
| Лопаточная | 10 | 10 |
| Параветебральная | Остистые отростки XI грудного позвонка | Остистые отростки XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная | 5 | - |
| Среднеаксиальная | 7 | 7 |
| Лопаточная | 5 | 5 |

**Аускультация легких**

* Дыхание справа и слева везикулярное,
* Побочные дыхательные шумы: сухие, влажные, мелкопузырчатые хрипы не выслушиваются, крепитация и шума трения плевры не т.
* Бронхофония проводится одинаково во всех парных точках.

***Исследование органов кровообращения***

**Осмотр области сердца и сосудов**

* Дефигурации в области сердца нет; верхушечный и сердечный толчок визуально не определяется; систолического втяжения в

области верхушечного толчка не определяется; пульсации во втором и четвертом межреберьях слева нет;

* Пульсации во внесердечной области: «пляска каротид» пульсация шейных вен в яремных ямках, эпигастральной пульсации не обнаружено; пульс Квинке отрицательный;

**Пальпация области сердца**

* Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по среднеключичной линии, разлитой, резистентный, высокий; систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») отсутствует; пульс 84 в мин., синхронный на обеих руках, пульс равномерный, регулярный.

**Перкуссия**

* Границы относительной и абсолютной тупости сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | IV м/р на 1,5 см кнаружи от правой парастернальной линии | IV м/р по левому краю грудины |
| Левая | В V м/р на 2 см кнаружи от среднеключичной линии | В V м/р на уровне среднеключичной линии |
| Верхняя | III м/р по левой парастернальной линии | IV м/р слева по парастернальной линии |

* Длинник и поперечник сердца по Курлову 13 и 11 см соотв.
* Перкуссия сосудистого пучка во II м/р 5 см;
* Сердце митральной конфигурации;

**Аускультация сердца и сосудов**

* Тоны сердца приглушены, ослабление I тона на верхушке сердца; акцент II тона над аортой; незначительная тахикардия;
* Раздвоение, расщепление, появление дополнительных шумов (ритм галопа, ритм перепела) не выслушивается;

**Внутрисердечные шумы**

* Убывающий систолический шум на верхушке

**Внесердечные шумы**

* Шум трения перикарда и плевроперикардиальный не выслушивается; сосудистые шумы не выслушиваются
* АД на правой руке 140/90; АД на левой руке 140/90; АД на правом бедре 140/90; АД на левом бедре 145/95

***Исследования органов брюшной полости:***

**Осмотр живота**

* Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания; перистальтическое и антиперистальтическое движения визуально не определяются; подкожные венозные анастамозы на передней брюшной стенке не развиты; окружность живота 96 см.

**Пальпация живота**

* При поверхностной пальпации живот безболезненный; напряжения брюшной стенки нет. Грыжевых отверстий в области пупочного кольца и по белой линии живота не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный; опухолевых образований не обнаружено;
* При глубокой пальпации сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого плотного цилиндра, диаметром 2 см, длинной 4-5 см, безболезненная не урчащая, подвижная. Слепая, восходящие отделы толстой кишки, червеобразный отросток не пальпируются. Нижняя граница желудка методом «шума плеска» не определяются. Аускультофрикцией и аускультоперкуссией граница желудка определяется на 3,5см выше пупка справа и слева от срединной линии;
* Поперечно-ободочная, желудок и поджелудочная железа не пальпируются. При пальпации печени край закруглен, печеночная поверхность ровная, мягкой, эластической консистенции; желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье, Френикус феномен, симптом Образцова-Мерфи отрицательные. Селезенка не пальпируются.

**Перкуссия живота**

* При перкуссии выявляется тимпанический перкуторный звук. Симптом Менделя отрицательный; свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.
* Границы печени по Курлову 9\*8\*7 см; симптом Ортнера, Василенко, Захарьина отрицательные;
* Размеры селезенки по Курлову 5\*7 см.

**Аускультация живота**

* Над брюшной полостью прослушивается перистальтика кишечника. Шума трения брюшины нет. Систолический шум над аортой, над почечными артериями не выслушивается.

***Исследование органов мочевыделения***

**Осмотр**

* Покраснения, припухлости, отечности в поясничной области не наблюдается, выпячиваний над лобком нет. Имеется рубец в правой поясничной области.

**Пальпация**

* В горизонтальном и вертикальном положении почки не пальпируются. При пальпации в надлобковой области очагов уплотнения не выявлено; пальпация безболезненная.

**Перкуссия**

* Симптом Пастернатского отрицательный;
* Перкуторно мочевой пузырь не определяется.

**Status localis**

Поясничная область симметричная, без видимых вдавлений и деформаций. Пальпация области левой почки безболезненна, левая почка не пальпируется. Пальпация области правой почки безболезнена, справа послеоперционный рубец. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Болезненности по ходу мочеточников нет. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, соответствуют возрасту.

Мочевой пузырь: выпячиваний над лобковой областью нет, при пальпации безболезненный.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной во время госпитализации на слабость, сухость во рту, подташнивание, сухость кожи, запоры, слабый аппетит, периодическую боль в левой поясничной области.

На основании данных из анамнеза болезни, которые свидетельствуют о наличии хронического процесса;

На основании жалоб на момент курации на слабость, головокружение, незначительные периодические боли в левой поясничной области.

А также на основании данных объективного анализа, - можно поставить предварительный диагноз основного заболевания: хронический пиелонефрит единственной левой почки латентное течение.

**План ведения:**

1. Общеклиническое обследование
2. УЗИ почек
3. Внутривенная урография почек (не делали)
4. Антибактериальная терапия

**План проведения дополнительных лабораторных методов исследования**

1. Общий анализ крови + Эритроциты.

2. Кровь на RW и ВИЧ.

3. Общий анализ мочи

4. Кровь на сахар.

5. Биохимический анализ крови + лейкоформула

6. Исследование на гемостаз

7. Исследование фильтрационной и реабсорционной функции почек

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

1. Общий анализ крови от 17.06.08г.

Гемоглобин - 115 г/л

Эритроциты – 4,4 \*1012/л

Лейкоциты – 9\*10-9/л

Эозинофилы - 0%

Метамиелоциты – 5%

Палочкоядерные нейтрофилы - 8%

Сегментоядерные нейтрофилы - 63%

Лимфоциты - 21%

Моноциты - 12%

**РОЭ** - 13 мм/час

2. Исследование крови на RW и ВИЧ от 17.06.08г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 17.06.08г..

Цвет соломенно-желтый

Белок – 0,143

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские –1-2 в поле зрения

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения

Эритроциты – 10 – 15 в поле зрения

Реакция – кислая

Плотность: 1,011

4.Сахар крови от10.02.06г.

5,2 ммоль\л.

5.Биохимические исследования крови от13.02.06г.:

Общий билирубин –16,0 мг % (до20.5)

Непрямой билирубин –12,0 мг %(до 5.2)

Прямой билирубин – 4,0 мг %(до 5.1)

Мочевина 19,6 ммоль\л

Креатинин 0,234 ммоль\л

Тимоловая проба 1,7 ед.

6.Коагулограмма:

ПТИ – 95%

Фибриноген – 5,4 г\л

Исследование фильтрационной и реабсорционной функции почек от 18.06.08г.

Креатинин крови – 0,239 ммоль\сутки

Креатинин мочи 12 ммоль\сутки

Клубочковая фильтрация – 31 мл\мин

Реабсорбция – 96%

Суточный диурез – 1760 мл.

**УЗИ почек от 18.06.08г:**

Взаиморасположение: лоцируются раздельно

Локализация: в обычной проекции

Размеры: справа удалена.

Слева 132\*56 мм.

Контуры: слева неровные нечеткие

Соотношение эхозон( паренхима – почечный синус):

Граница между слоями различная.

Эхоструктура неоднородная слева за счёт:

В области в\п анэхогенное образование, 26\*25 мм, на лат Конт. – 22\*26 мм, на границе слоев – 18\*17 мм, 21\*27 мм, в области н\п – 15\*16 мм, н\п медиальный конт. – 26\*23 мм. Синусы почек без деформаций.

Конкременты: множественные слева – 3-4 м.

Заключение: Единственная левая почка – кисты, микроконкременты.

**Заключительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной во время госпитализации на слабость, сухость во рту, подташнивание, сухость кожи, запоры, слабый аппетит, периодическую боль в левой поясничной области, а также данных из анамнеза болезни, которые свидетельствуют о наличии хронического процесса и на основании жалоб на момент курации: слабость, головокружение, незначительные периодические боли в левой поясничной области. Можно поставить диагноз: хронический пиелонефрит единственной левой почки, латентное течение.

На основании данных объективного анализа и данных лабораторных и инструментальных исследований проведенных на момент госпитализации: снижение гемоглобина, повышение уровня мочевины и креатинина в моче и в крови, повышение белка в моче, снижение плотности мочи, снижение клубочковой фильтрации и реабсорбции почек, а ткаже принимая во внимание сопуктсвующее заболевание гипертоническую болезнь иналичие кист и микроконкреметов в почках делаем вывод о наличии ХПН III-IV.

Таким образом можно поставить заключительный **диагноз основного заболевания**: хронический пиелонефрит единственной левой почки латентное течение "ХПН III-IV".

**Дифференциальный диагноз:**

Дифференциальную диагностику хронического пиелонефрита, кроме новообразования почки, необходимо проводить с гипоплазией, туберкулезом, гломе-рулонефритом, амилоидозом почки.

При сморщивании почки необходима дифференциальная диагностика с гипоплазией почки, для чего выполняют рентгенологическое исследование. На рентгенограммах при гипоплазии почки определяют миниатюрные лоханку и чашечки, но без признаков их деформации, контуры маленькой почки ровные, тогда как при сморщивании почки выявляют ее неровные контуры, деформацию лоханки и чашечек, изменение ренально-кортикального индекса, значительное снижение функции почки, а на ангиограммах — уменьшение количества сосудов и симптом «обгорелого дерева». Хронический гломерулонефрит от хронического пиелонефрита отличается преобладанием в моче эритроцитов над лейкоцитами, наличием цилиндрурии и гломерулярным типом протеинурии. При туберкулезе почки в моче обнаруживают микобактерии туберкулеза, а на рентгенограммах находят характерные для туберкулеза почки признаки.

**Лечение**

**1. Лечение хронического пиелонефрита:**

Фторхинолоны II поколения: ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки (внутрь)

Полусинтетические пенициллины: ампициллин 1,0 \* 3 раза в день (внутримышечно)

Аминогликозиды II поколения: гентамицина сульфат 80 мг 3 раза в сутки (внутримышечно)

Цефалоспорины II поколения: цефуроксим 0,5 г 2 раза в сутки (внутримышечно)

Ненаркотический аналгетик: р – р анальгина 50% по 2мл 2 раза в сутки (внутримышечно)

**2. Лечение ХПН:**

Малобелковая диета: 7б ограничением белка до 0,5 г. В сутки, калия до 2,7г/сутки, фосфора до 700 мг/сутки.

Таблетки фуросемида 1% 0,04г по 1 таблетке 2 раза в день.

Таблетки кислоты этакриновой 0,05г. По 1 таблетке 2 раза в день

Таблетки клофелина – 0,075г по 1 таблетке 1 раз в день.

Таблетки миноксидила – 0,005г – по 1 таблетке – утром и вечером.

Таблетки нифедипина – 0,03г по1 таблетке 3-4 раза в день.

Таблетки каптоприла - 0,05г. По 1 таблетке 1 раз в день.

**Рекомендации**

Соблюдать диету, назначенное лечение, режим сна и бодрствования, избегать тяжелых физических нагрузок, избегать низких температур и психо-эмоционального напряжения.

Санитарно-курортное лечение (Железноводск, Ессентуки, Пятигорск, Боржоми).

**Прогноз**

При правильном и своевременном проведении лечебно–реабилитационных мероприятий качество жизни данной больной можно улучшить, а состояние ремиссии продлить. Прогноз для жизни благоприятный, так как в данный момент состояние больной стабильное и угроза жизни отсутствует.

Прогноз для здоровья неблагоприятный, так как выздоровление невозможно, в последующем будет наблюдаться лишь прогрессирование основных симптомов с ухудшением общего состояния. Возможные осложнения: мочекаменная болезнь, пионефроз, рак почки, гипоплазия, туберкулез, амилоидоз, гломерулонефрит почки.

**Список использованной литературы:**

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999г.
2. Урология: Ю.А. Бобков 2005г. Учебное пособие для вузов.
3. Неймарк А.И. Урологические и нефрологические заболевания – 2005г.
4. Кукес «Клиническая фармакология».

5. Под редакцией академика РАМН А.И. Воробьёва. Справочник практического врача. Издание 7-е. Москва, «ОНИКС 21 век», «АЛЬЯНС-В», 2000г

1. А.И. Мартынов. «Внутренние болезни» в двух томах. Москва «ГОЭТАР - МЕД», 2002 год.
2. Справочник Видаль 2002. М.: АстраФармСервис, 2002г. 1488 стр.